

Docteur Prénom NOM

Ville, le JJ/MM/AAAA

04 XX XX XX XX

adresse@mail.tld

RPPS : 10123456789

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

SUSPICION D'ARBOVIROSE autochtone/importée

Date de début des symptômes :

Faire pratiquer en laboratoire de biologie médicale :

- PCR chikungunya, dengue et zika
 - o En cas de positivité, envoyer un échantillon au CNR des arboviroses
- Sérologie chikungunya, dengue et zika
 - o En cas de positivité en IgM seules, réaliser un second prélèvement de contrôle 10 à 15 jours plus tard

Note : selon l'adéquation entre la date de début des symptômes (DDS) et la date de prélèvement, le biologiste est autorisé à modifier les examens pratiqués comme suit :

- Si le prélèvement est effectué entre DDS et DDS + 5 jours : PCR seule
- Si le prélèvement est effectué entre DDS + 5 jours et DDS + 7 jours : PCR et sérologie
- Si le prélèvement est effectué plus de 7 jours après la DDS : sérologie seule

<Signature>